

El riesgo de caída en adultos mayores

The risk of falls in older adults

Marcos Manuel Morales González^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5580-3212>

Lidisbeth Navarro Suarez¹ <https://orcid.org/0000-0001-6499-9587>

¹ Policlínico Docente “René Bedia Morales”. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Correo electrónico: 090929@nauta.cu

Recibido: 08/05/2019

Aceptado: 17/10/2019

La caída en ancianos es uno de los principales problemas de salud pública, a pesar del aumento de evidencias científicas sobre su prevención. Este artículo es fruto del cuestionamiento acerca de la evaluación del riesgo de caídas en personas ancianas y sobre los instrumentos disponibles en la literatura científica para su medición.

El envejecimiento poblacional se presenta como un fenómeno actual de gran relevancia en todo el mundo, pues a medida que las sociedades envejecen, los problemas sociales y de salud de los ancianos representan un desafío, principalmente, para los respectivos sistemas de seguridad social y de salud.⁽¹⁾

La caída es un suceso vinculado al envejecimiento, con consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas. Estudios sobre esta cuestión tienen como propósito subsidiar intervenciones preventivas costo-efectivas, además del mantenimiento de la seguridad y de la calidad de vida del anciano.⁽²⁾

En ese sentido, en la práctica se emplean instrumentos evaluativos del riesgo de caídas. Uno de los más utilizados es la escala de riesgo de caídas de Downton y el test de Tinetti.

La escala Downton (tabla 1) es una herramienta, que se utiliza en hospitalización para la valoración del riesgo de caídas, donde más de dos puntos significa un alto riesgo.⁽³⁾

Tabla 1 - Escala de riesgo de caídas (J.H. Downton)

Caídas Previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Sedantes-tranquilizantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
Déficits Sensitivo-Motores	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (paresias, parálisis, etc.)	
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Ambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
Edad	Menor de 70	0
	Mayor de 70	1

El test de Tinetti es una escala observacional que permite evaluar la marcha y el equilibrio a través de dos subescalas. La subescala de equilibrio (tabla 2) consta de 13 ítems, cuyas respuestas se categorizan como normal, adaptativa o anormal. La subescala de marcha (tabla 3) responde a normal o anormal y consta de nueve ítems.⁽⁴⁾

Tabla 2 - Test de Tinetti. Subescala para equilibrio

Equilibrio sentado	
1	0 = Se inclina o desliza de la silla 1 = Está estable y seguro
Levantarse de la silla	
2	0 = Es incapaz sin ayuda 1 = Se debe ayudar con los brazos 2 = Se levanta sin usar los brazos
En el intento de levantarse	
3	0 = Es incapaz sin ayuda 1 = Es capaz, pero necesita más de un intento 2 = Es capaz al primer intento
Equilibrio de pie (los primeros cinco segundos)	
4	0 = Inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco) 1 = Estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse 2 = Estable sin soportes o auxilios
Equilibrio de pie prolongado	
5	0 = Inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco) 1 = Estable, pero con base de apoyo amplia (separación de 10 cm o más entre pies) o usa auxiliar 2 = Estable con base de apoyo estrecha sin soporte o auxilios
Romberg sensibilizado (ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en tres oportunidades)	
6	0 = Comienza a caer 1 = Oscila, pero se endereza solo 2 = Estable
Romberg con ojos cerrados e igual al anterior	
7	0 = Inestable 1 = Estable
Girar en 360 grados	
8	0 = Con pasos disminuidos o movimientos no homogéneos 1 = Con pasos continuos o movimientos homogéneos 0 = Inestable (se sujeta, oscila) 1 = Estable
Sentarse	
9	0 = Inseguro (equivoca distancias, cae sobre la silla) 1 = Usa los brazos o tiene movimientos discontinuos 2 = Seguro (movimiento continuo)
Puntaje de equilibrio: 16	

Tabla 3 - Test de Tinetti. Subescala para marcha

Inicio de la ambulaci3n (Inmediatamente despu3s de la partida)	
10	0 = Con cierta inseguridad o m3s de un intento 1 = Ninguna inseguridad
Longitud y altura del paso	
11	Pie Derecho 0 = Durante el paso, el pie derecho no supera al izquierdo 1 = El pie derecho supera al izquierdo 0 = El pie derecho no se levanta completamente del suelo 1 = El pie derecho se levanta completamente del suelo Pie Izquierdo 0 = Durante el paso, el pie izquierdo no supera al derecho 1 = El pie izquierdo supera al derecho 0 = El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo 1 = El pie izquierdo se levanta completamente del suelo
Simetría del paso	
12	0 = El paso derecho no parece igual al izquierdo 1 = El paso derecho e izquierdo parecen iguales
Continuidad del paso	
13	0 = Interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancias entre pasos) 1 = Continuo
Trayectoria	
14	0 = Marcada desviaci3n 1 = Leve o moderada desviaci3n o necesita auxiliares 2 = Ausencia de desviaci3n y de uso de auxiliares
Tronco	
15	0 = Marcada oscilaci3n 1 = Ninguna oscilaci3n, pero flexiona rodillas, espalda y abre brazos durante la marcha
Movimiento en la ambulaci3n	
16	0 = Los talones est3n separados 1 = Los talones casi se tocan durante la marcha
Puntaje de marcha: 12 Sumatoria de puntajes de equilibrio y marcha: 28	

Existen m3ltiples factores de riesgo (Figura), dentro de los cuales pueden mencionarse los intrínsecos, extrínsecos y circunstanciales.⁽⁵⁾



Fig. - Factores de riesgo de caída en el anciano.

Fuente: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n3/1134-928X-geroko-29-03-00110.pdf>

Los factores circunstanciales afectan la gravedad de la lesión relacionada con una caída. Por ejemplo, una persona mayor tiene más probabilidades de lesionarse de gravedad cuando cae desde la posición erecta porque se disipa más energía o cuando cae en posición lateral porque el impacto sobre la cadera es directo.⁽⁵⁾

La mayoría de las caídas se producen en el domicilio o en sus alrededores. Por lo general, ocurre durante el desempeño de actividades cotidianas como caminar, ir al cuarto de baño o cambiar de posición. Además, puede tener consecuencias, tales como lesiones, fracturas, incapacidades funcionales, pérdida de la independencia, ingreso en instituciones sanitarias, e incluso la muerte.⁽⁶⁾

Su tratamiento puede ocasionar costos elevados para los servicios de salud en términos de utilización de recursos y de ocupación de camas hospitalarias. Además, puede acarrear sufrimiento, tanto a las personas mayores como a sus familiares, debido a la restricción de las actividades, dolores, presencia de incapacidad física o miedo a caer nuevamente, entre otras.⁽⁷⁾ Por último, la caída puede perjudicar la calidad de vida del anciano y la de su familia, por tanto, su prevención resulta de vital importancia.

Referencias bibliográficas

1. Benítez Pérez MO. Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. Medisur. 2017 [acceso: 11/02/2019]; 15(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms03115.pdf>
2. Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: edad, salud y sociedad. Horiz. Sanitario. 2018 [acceso: 11/02/2019]; 17(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00087.pdf>
3. Bella Beorlegui M, Esandi Larramendi N, Carvajal Valcárcel A. La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. Gerokomos. 2017 [acceso: 11/02/2019]; 28(1). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00025.pdf>
4. Quino Ávila AC, Chacón Serna MJ. Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombia. Horiz. Sanitario. 2018 [acceso: 11/02/2019]; 17(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n1/2007-7459-hs-17-01-00059.pdf>
5. Carballo Rodríguez A, Gómez Salgado J, Casado Verdejo I, Ordaz B, Fernández D. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Gerokomos. 2018 [acceso: 11/02/2019]; 29(3). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n3/1134-928X-geroko-29-03-00110.pdf>
6. Osorio Pérez O. Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. Intersticios sociales. 2017 [acceso: 11/02/2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ins/n13/2007-4964-ins-13-00003.pdf>
7. González Rodríguez R, Martínez Abreu J. Un acercamiento clínico epidemiológico a la fragilidad en adultos mayores. Rev Med Electrón. 2018 [acceso: 11/02/2019]; 40(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme340418.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Ambos autores contribuyeron de igual manera en la selección bibliográfica y la redacción del artículo.